

**Betriebsstätte Hameln**

Falkestraße 1 31785 Hameln  
Fon 05151 / 95 30 0 Fax 05151 / 95 30 5000  
Akkreditiert bei der Deutschen Akkreditierungsstelle D-ML-13116-01-00 D-PL-13116-01-00

**Zweigpraxis Hildesheim\***

Hinterer Brühl 21 31134 Hildesheim  
Fon 05121 / 93 63-0 Fax 05121 / 93 63-13

[www.nordlab.de](http://www.nordlab.de)

[info@nordlab.de](mailto:info@nordlab.de)

Partnerschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie  
Falkestraße 1 - 31785 Hameln • Hinterer Brühl 21 - 31134 Hildesheim

## Einverständniserklärung

für eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz GenDG

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung der/s Patientin/en beziehungsweise ihres/seines gesetzlichen Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung

### Patient/in

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

**Ich bin damit einverstanden, dass die Proben für genetische Untersuchungen bezogen auf folgende Anforderung/Fragestellung verwendet werden:**

**Ich bin damit einverstanden, dass**

- **das Probenmaterial mit den Patientendaten an das Zentrum für Humangenetik Hildesheim und evtl. an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird.**
- folgende Institutionen eine Befundmitteilung erhalten:  
Veranlassender Arzt (Verantwortliche Ärztliche Person),  
Partnerschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie,  
Zentrum für Humangenetik Hildesheim und ggf. weitere medizinische Kooperationslabore
- ich über das Ergebnis informiert werde.
- die Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für weiterführende genetische Untersuchungen zur Diagnosefindung verwendet wird.
- das Untersuchungsmaterial für die Qualitätssicherung oder für wissenschaftliche Zwecke aufbewahrt und verwandt wird.
- bei Bedarf die Ergebnisse der Untersuchungen für Beratungen und/oder Untersuchungen von Familienmitgliedern genutzt werden können.
- einer der Untersucher bei Bedarf mit mir Kontakt aufnimmt.

**Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme.  
Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/in oder gesetzlicher Vertreter  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Verantwortliche Ärztliche Person  
Unterschrift/Praxisstempel